

**U. PORTO**

**FMUP** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2015/2016

Filipa Neves Ribeiro

Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma

março, 2016

FMUP

Filipa Neves Ribeiro

Fibromialgia: o corpo, a mente e o  
estigma

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria e Saúde Mental**

**Tipologia: Monografia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**

**Dra. Adelaide Costa**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**

**Revista Brasileira de Reumatologia**

março, 2016

**FMUP**

Eu, Filipa Nevis Ribeiro, abaixo assinado,  
nº mecanográfico 201003431, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em  
Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta  
integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão,  
assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as  
frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou  
redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:

Filipa Ribeiro

NOME

Filipa Neves Ribeiro

NÚMERO DE ESTUDANTE

201003731

DATA DE CONCLUSÃO

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma

ORIENTADOR

Dra. Adelaide Costa

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	<input checked="" type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação: Filipa Ribeiro

# **Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma**

**Filipa Neves Ribeiro**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

Endereço: Rua 31, nº909 – 1ºcentro, 4500-303 Espinho, Portugal

*E-mail:* filipanribeiro@hotmail.com

**Dra. Adelaide Susana Ferreira da Costa**

Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da

Universidade do Porto

## **Conflitos de interesse**

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## **Fontes de financiamento**

Não existiram fontes de financiamento para a realização deste artigo.

## **Acordo do autor**

Caro Editor,

As autoras, abaixo mencionadas, declaram que este manuscrito é original, não foi publicado antes e não se encontra submetido para qualquer outra publicação.

Confirmamos que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores signatários e que não há nenhum outro autor a fazer parte senão os listados. Confirmamos também que a ordem das autoras listada no manuscrito foi aprovada pelas duas.

Entendemos que a Autora para Correspondência será o único contato para o processo editorial. Ela será a único responsável pela comunicação com a autora acerca do progresso da submissão, da revisão do manuscrito e de sua aprovação final.

Filipa Ribeiro

Adelaide Costa

# **Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma**

## **Resumo**

A fibromialgia é uma síndrome de dor músculo-esquelética generalizada crónica, acompanhada frequentemente de outras alterações, tanto físicas como mentais. É uma entidade clínica controversa, com marcado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente no que respeita ao seu bem-estar físico, mental, funcional e social, acrescida de elevados custos económicos. A sua etiologia permanece incerta, apesar de recentemente vários estudos apontarem para alterações na via central da dor. O diagnóstico é complexo, tendo sido alterados já por diversas vezes os seus critérios. Existem várias opções terapêuticas - farmacológicas e não farmacológicas -, mas poucas apresentam evidência significativa de controlo sintomático a longo prazo. Para além disso, a fibromialgia encontra-se associada a fenómenos de estigmatização, que exercem um profundo efeito negativo sobre os doentes. Por tudo isto, torna-se fundamental aprofundar esta patologia nas suas várias vertentes: epidemiologia, impacto, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e estigma associado.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Doença Crónica; Dor; Perturbações mentais; Estigma

## **Abstract**

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a chronic widespread musculoskeletal pain, which is often accompanied by other physical and mental abnormalities. It is a condition with a very strong negative impact on its patient's quality of life, more specifically in their physical, mental, functional and social well-being, with high costs associated to it. The FMS diagnosis is complex, with diagnostic criteria changing constantly over time. There are various therapeutic options - pharmacological and non-pharmacological -, but only a few show significant

evidence of long-term symptom control. Furthermore, FMS is associated with stigma phenomena, which exert a profound negative effect on patients. For all these, it is essential to deepen this condition in its numerous aspects: epidemiology, impact, symptoms, diagnosis, treatment and associated stigma.

**Keywords:** Fibromyalgia; Chronic disease; Pain; Mental disorders; Social stigma

## **Introdução**

A fibromialgia é uma síndrome de dor músculo-esquelética, generalizada e crónica, acompanhada frequentemente de outros sintomas físicos e mentais.<sup>1,2</sup> É a causa mais comum de dor músculo-esquelética generalizada na mulher na faixa etária dos 20-55 anos<sup>1</sup> e a segunda patologia “reumática” mais frequente.<sup>3</sup> Afeta 2 a 8% da população adulta, tendo sido estimada uma maior incidência na Europa em relação ao Estados Unidos da América.<sup>4-6</sup> Ocorre maioritariamente na idade adulta, com predomínio no género feminino.<sup>2</sup> Cerca de 45% dos doentes com fibromialgia apresentam outras doenças músculo-esqueléticas e dos tecidos moles, e entre 30% a 60% uma doença psiquiátrica.<sup>7</sup>

No que respeita à etiologia da fibromialgia, esta permanece incerta, com estudos pouco rigorosos e resultados discrepantes. No entanto, pensa-se que seja multifatorial, com componentes somático, psicológico, social, ambiental, genético e neurológico.<sup>1, 8-10</sup> Estudos recentes apontam para a existência de uma disfunção do sistema nervoso central e autónomo, com libertação de moléculas sensibilizantes, alterações no processamento da dor e nos estudos funcionais e de imagem cerebral.<sup>1,2,10</sup> As alterações no mecanismo da sensibilização central são caracterizadas por hiperalgia e alodinia crónica, causadas pela estimulação das vias da pronociceção e inibição das vias da antinociceção.<sup>1</sup> A neuropatia periférica tem sido também reportada como uma possível causa do processamento anormal da dor.<sup>11</sup> Para além disso, sabe-se que os neurotransmissores que controlam a dor e a sensibilidade são os mesmos



que controlam o sono, o humor, a memória e o estado de alerta.<sup>3</sup> A fibromialgia poderá, assim, ser considerada como pertencente a uma “síndrome de sensibilidade central”, um grupo de doenças do qual faz parte a síndrome de fadiga crônica e a síndrome da dor miofacial. Estas partilham inúmeras características clínicas, nomeadamente a fadiga, a dor, os distúrbios do sono e as alterações psicossociais.<sup>1,2</sup> Há também quem considere que a fibromialgia pertence ao “espectro de doenças afetivas”, a par das perturbações hipercinéticas, da bulimia nervosa e das perturbações somáticas. Estas estão associadas a elevada comorbilidade e partilham, no mínimo, uma das seguintes características geneticamente programadas: aumento da sensibilidade dolorosa, diminuição dos mecanismos da inibição da dor e alterações do humor.<sup>2</sup>

Fatores genéticos e ambientais têm sido também apontados na patogenia da fibromialgia. Um estudo realizado em gémeos mostrou que o risco genético de desenvolver fibromialgia era cerca de 50% e que os restantes 50% seriam influenciados pelo ambiente.<sup>3</sup> São os genes que determinam a sensibilidade, a química, a reação à dor e o sistema nociceptivo.<sup>2</sup> Os familiares dos doentes com fibromialgia têm uma probabilidade significativamente maior de sofrerem de fibromialgia (1/3 dos doentes tem um familiar afetado, habitualmente do género feminino) ou outros estados de dor crónica.<sup>1,3</sup> Para além disso, encontrou-se nestes indivíduos uma maior frequência de determinados polimorfismos, também associados ao aumento dos níveis de citocinas inflamatórias.<sup>1,2</sup> O trauma físico, o abuso sexual, a participação na guerra e outros eventos traumáticos;<sup>1,3,12</sup> as infeções (vírus Epstein-Barr, doença de Lyme, Febre Q e vírus da hepatite)<sup>1-3</sup> e os fatores comportamentais e sociais têm sido apontados como factores ambientais.<sup>3,10</sup>

Os elevados níveis de stresse, a par de uma resposta inadequada com alterações biológicas, incluindo o envolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, têm sido igualmente sugeridos

na patogenia da fibromialgia.<sup>2,12,13</sup> Sabe-se que o stress emocional e psicológico influenciam a severidade da dor percebida.<sup>1</sup>

Outro dos aspetos importantes a considerar na fibromialgia é o seu elevado custo económico, com elevado impacto na sociedade e em vários serviços. Os custos são comparáveis a outras doenças crónicas, como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a artrite reumatóide e a osteoartrite.<sup>7</sup> Contudo, estima-se que apenas 6% dos custos totais são atribuídos diretamente à fibromialgia. Existem outras doenças e serviços envolvidos, sendo que os maiores custos são referentes à diminuição da produtividade e incapacidade (mais de 75%).<sup>7</sup> É reconhecido que a fibromialgia diminui a qualidade de vida dos doentes, tornando-se por vezes incapacitante e levando a presenteísmo, absentismo ou mesmo desemprego.<sup>7,11</sup> Adicionalmente, poderá ter consequências na realização de tarefas domésticas e de outras tarefas do dia a dia.<sup>4,7</sup> Num estudo de Walitt *et al.*, mais de metade dos doentes com fibromialgia, com menos de 65 anos, reportaram incapacidade laboral e 30% receberam pensões de invalidez.<sup>14</sup> Noutros estudos semelhantes, realizados em vários países, cerca de 26 a 28% das pessoas recebiam uma forma de pagamento pela incapacidade provocada por fibromialgia.<sup>11</sup> A par da segurança social, o sistema de saúde é dos serviços mais afetados, quer pelos custos quer pela sua utilização frequente - urgência e consulta de vários especialistas -,<sup>14</sup> refletindo a insatisfação dos pacientes, os difíceis diagnóstico e tratamento e a natureza crónica da fibromialgia.<sup>7</sup>

Concluindo, a fibromialgia é uma doença com elevado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente no que respeita ao bem-estar físico, mental, funcional e social, com muitas dúvidas ainda por dissipar. Deste modo, torna-se importante aprofundar o estudo desta patologia, de modo a simplificar o seu diagnóstico e a melhorar o seu tratamento, contribuindo assim para o aumento da qualidade de vida destes doentes e para uma melhor gestão económica. Por conseguinte, este artigo tem como finalidade aprofundar o

conhecimento sobre a fibromialgia, focando os aspectos físicos e psiquiátricos e o estigma face à patologia, tendo como base uma abordagem multidisciplinar desta patologia.

## **Métodos**

Foi efetuada uma pesquisa de artigos na Pubmed, entre julho e dezembro de 2015, com o termo “fibromyalgia” associado às seguintes palavras-chave: “stigma”, “mind”, “body”, “treatment” e “diagnosis”. Foi dada preferência a artigos publicados entre 01/01/2010 e 30/12/2015. Procedeu-se primeiro à leitura dos *abstracts* e de seguida à leitura integral dos artigos com potencial interesse. Para além destes, foram lidos outros artigos considerados relevantes para o tema. No total, foram selecionados 37 artigos na elaboração desta revisão.

## **Fibromialgia: o corpo (aspetos físicos)**

A fibromialgia é considerada um estado de dor central, com diversos episódios de dor em diferentes partes do corpo e com início usual na fase da adolescência/jovem adulto. Nesse sentido, a dor crónica difusa é o principal sintoma da fibromialgia, principalmente do tipo músculo-esquelética.<sup>2,3,9,10</sup> Num estudo de Walitt *et al.*, 87% das pessoas com fibromialgia reportaram sofrer dores diariamente ou quase todos os dias.<sup>14</sup> A dor tende a ser acompanhada de hipersensibilidade ao toque/pressão e pode variar quanto à intensidade e localização.<sup>1,2</sup> Para além disso, a dor pode apresentar outras características, tais como a natureza migratória e a ocorrência de rigidez, espasmos, disestesias ou parestesias.<sup>3,9</sup> Adicionalmente, a dor pode apresentar-se sob a forma de enxaqueca ou cefaleias de tensão, dor cervical e/ou lombar, dor visceral, dor pélvica, dismenorreia e disfunção da articulação temporomandibular.<sup>2,3,9</sup>

Os doentes com fibromialgia poderão também apresentar outro tipo de queixas que não dor, nomeadamente: fadiga, um dos sintomas basilares; articulares, como dificuldades de mobilidade ou capsulites adesivas; gastrointestinais, tais como síndrome do cólon irritável ou

refluxo gastroesofágico; vesicais tais como síndrome da bexiga hiperactiva ou queixas climatéricas. Os doentes poderão também exibir Síndrome de *Raynaud* ou xerofthalmia.<sup>2,10</sup> Os sintomas, embora oscilem e variem na intensidade, usualmente agravam-se com o stresse, seja este físico ou psicológico. Para além disso, encontra-se frequentemente, nestes doentes, um estado de hiper-reação sensitiva global, com sensibilidade à luz forte, ruídos altos, odores e sintomas viscerais.<sup>2,3</sup>

## **Fibromialgia: a mente (aspetos psicológicos)**

Os distúrbios do sono e da cognição têm sido frequentemente associados à fibromialgia, assim como os distúrbios do humor, nomeadamente, a depressão e a ansiedade.<sup>2,3,10,14,15</sup>

Os distúrbios do sono são dos sintomas mais frequentes, caracterizando-se por sono superficial, fragmentado e não reparador, e poucas horas de sono. Embora haja poucos estudos consensuais em relação a estes achados, todos têm demonstrado, no mínimo, uma alteração nos parâmetros da polissonografia.<sup>16,17</sup>

Os distúrbios do humor encontrados mais frequentemente nos doentes com fibromialgia são, por ordem decrescente de prevalência, os distúrbios de ansiedade, a depressão *major*, a perturbação de pânico, a perturbação de stresse pós-traumático, a fobia social, a perturbação obsessiva-compulsiva e a doença bipolar.<sup>2,3</sup> Estes estão associados a uma maior severidade no curso da fibromialgia.<sup>2,8</sup>

Os distúrbios cognitivos são reportados pela maioria dos doentes com fibromialgia (mais de 75%) e incluem falhas de memória (semântica, episódica e de trabalho), diminuição da concentração e atenção, alterações do estado de alerta, défices da função executiva e “confusão mental”.<sup>2,18,19</sup> As dificuldades de concentração e as falhas de memória (principalmente memória de trabalho) têm sido as queixas mais comuns (mais de 90% dos doentes), seguidas da ocorrência de episódios de “confusão mental” (mais de metade dos doentes).<sup>18</sup> Outras alterações cognitivas podem ocorrer, tais como alterações sensoriais

(aumento ou distorção), diminuição da fluência verbal, discurso confuso, diminuição do raciocínio, dificuldades no processamento de informação e em acompanhar diálogos e alterações de vigília.<sup>18</sup> O conjunto destes sintomas cognitivos pode ser apelidado de “fibro fog” ou “brain fog” (“fibro nevoeiro” ou “nevoeiro cerebral”), realçando a falta de “clareza mental” sentida pelos doentes.<sup>18-20</sup> Durante muitos anos, a disfunção cognitiva recebeu pouca atenção, tanto que nem constava nos critérios de diagnóstico de fibromialgia. Porém, recentemente ganhou um maior enfoque, passando a ser mais estudada e a constar nos critérios de diagnóstico (2011).<sup>3,18,19</sup> De notar que todos os estudos apontam para a inexistência de relação (causal e de predição) entre as alterações cognitivas e o desenvolvimento de demência.<sup>18</sup>

## **Fibromialgia: o diagnóstico**

Na prática clínica, deve-se sempre considerar a possibilidade de fibromialgia perante um quadro de dor multifocal sem presença de lesão ou inflamação que a justifique.<sup>3,9</sup> Contudo, visto tratar-se de um diagnóstico de exclusão, o diagnóstico de fibromialgia é mais frequentemente realizado por um reumatologista, que faz o diagnóstico diferencial com outras doenças reumáticas.<sup>2</sup>

Os critérios de diagnóstico têm sido alterados por diversas vezes, e novas recomendações têm sido feitas à medida que mais estudos vão sendo feitos, revelando novas informações acerca da sua patogenia e características.<sup>21</sup> Num estudo de Walitt *et al.*, numa população de 8446 pessoas com critérios para a realização do diagnóstico de fibromialgia, a maioria (mais de 70%) não possuía o diagnóstico. Paradoxalmente, no mesmo estudo, 75% das pessoas com o diagnóstico de fibromialgia não cumpriam os critérios.<sup>14</sup> Para além disso, num estudo de Knight *et al.*, a média de anos para o diagnóstico variou aproximadamente entre os 3 e os 7 anos.<sup>4</sup> Estes dados revelam a complexidade no diagnóstico de fibromialgia. Para isso contribuem o facto de o quadro ser bastante heterogéneo, com expressão variável entre

indivíduos e no próprio indivíduo ao longo do tempo; a sobreposição ou confusão com outras patologias (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, síndrome do cólon irritável, entre outros); a ausência de exames analíticos e imagiológicos e outros marcadores que confirmem o diagnóstico e, por último, a falta de informação ou discordância na existência desta entidade patológica.<sup>13</sup>

Os critérios de fibromialgia originalmente publicados (“The 1990 American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia”) incidiam, sobretudo, sobre a dor generalizada (esqueleto axial e membros, em ambos os lados do corpo) e número de “tender points” (pelo menos 11 dentro dos 18 possíveis).<sup>3,21</sup> Os novos critérios de diagnóstico (*American College of Rheumatology* 2011) passaram a incidir apenas sobre os sintomas, deixando de parte os “tender point” e incluindo, pela primeira vez, sintomas cognitivos (Tabela 1).<sup>2,3</sup> As recomendações atuais para o diagnóstico de fibromialgia passam pela compreensão da fibromialgia como um espectro de sintomas que vai além da dor como única queixa.<sup>22-24</sup> Porém, é de salientar que, uma vez que os sintomas variam ao longo do tempo, poderão ocorrer períodos em que o doente não cumpra todos os critérios necessários para a realização do diagnóstico de fibromialgia.<sup>13,22</sup>

## **Fibromialgia: tratamento**

Embora a fibromialgia não tenha cura, existem atualmente terapêuticas com o intuito do alívio sintomático, contribuindo para o aumento da qualidade de vida.<sup>1,2</sup> Geralmente, os sintomas não dolorosos melhoram quando a dor é tratada eficazmente e vice-versa.<sup>3</sup> Num estudo de Perrot *et al.*, a dor e a fadiga foram os sintomas mais difíceis de tratar.<sup>25</sup>

O tratamento pode ser dividido em dois componentes: não farmacológico e farmacológico.

O tratamento não farmacológico aprovado na fibromialgia inclui: educação, terapia cognitivo-comportamental e exercício físico (Tabela 2).<sup>2,3,22,26</sup> O maior benefício observado na implementação destas estratégias terapêuticas é a melhoria da qualidade de vida do doente a

longo prazo (além de 1 ano). Para além disso, são medidas de baixo custo e sem efeitos adversos para o doente.<sup>3</sup> Estas intervenções, se forem bem empreendidas, poderão evitar a necessidade de terapias farmacológicas, ou, eventualmente, permitir a redução das suas doses. Aliás, as terapias farmacológicas devem ser evitadas, assim como o seu uso como estratégia terapêutica única. No entanto, as terapêuticas não farmacológicas tornam-se, por vezes, difícil de aplicar devido a limitações no acesso, adesão e *compliance* ao tratamento.<sup>3, 22, 27</sup>

Por sua vez, os fármacos que reúnem, até agora, evidências mais fortes quanto à eficácia e consenso no tratamento de fibromialgia são os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), a ciclobenzaprina, a gabapentina, os inibidores da recaptação da serotonina e da adrenalina (duloxetina e milnacipran).<sup>1-3, 27, 28</sup> O tratamento farmacológico ajuda a melhorar a qualidade de vida e deve ser escolhido de acordo com os sintomas predominantes (Tabela 3).<sup>3,27</sup> Além disso, deve ser iniciado em baixas doses e titulado lentamente. O seu uso como tratamento inicial, em vez de terapias não farmacológicas, poderá ajudar a aumentar a adesão terapêutica.<sup>1,3</sup> Os opióides, as benzodiazepinas e os hipnóticos não são recomendados para o controlo da dor. A ineficácia dos opióides pode ser explicada pelo aumento da atividade do sistema opióide endógeno, encontrado em doentes com fibromialgia.<sup>2,3,22</sup> Outras substâncias têm sido alvo de investigação, nomeadamente a naltrexona, os canabinóides e o oxibato de sódio, com resultados promissores.<sup>3,28</sup>

As terapias alternativas e complementares são outras das opções terapêuticas que poderão ser úteis no tratamento, caso não haja contraindicações (Tabela 4).<sup>29-31</sup> Estas terapias poderão igualmente aumentar a qualidade de vida e deverão ser escolhidas de acordo com a vontade do doente, podendo aumentar, também, o efeito placebo.<sup>3,29,32</sup> As técnicas de relaxamento, balneoterapia e acupunctura têm sido as mais estudadas, tendo mostrado alguma eficácia no controlo sintomático.<sup>1-3</sup> Contudo, existem poucos estudos que demonstram, com rigor, evidências da eficácia das terapias alternativas e complementares.

Uma abordagem multidisciplinar com recurso a diferentes tipos de terapia e com a participação ativa do próprio doente tem apresentado um bom resultado a longo prazo.<sup>3</sup> Contudo, fatores psicológicos, comportamentais e sociais têm implicações no tratamento, podendo dificultar o seu sucesso.<sup>32</sup> A fibromialgia desencadeada por eventos traumáticos, determinados traços de personalidade (histriónica, impulsiva e depressiva) e certos fatores sociais são factores de mau prognóstico.<sup>13</sup> Para além disso, a experiência de *invalidação* e de estigma por parte da sociedade, inclusive pelos médicos, poderá acarretar consequências negativas no doente, podendo também dificultar o controlo sintomático.<sup>32</sup>

**O papel do reumatologista:** diagnosticar a fibromialgia, excluindo outras doenças reumáticas. A maioria dos doentes associa a dor crónica a doenças reumáticas pelo que podem recorrer primeiramente a estes especialistas.<sup>2</sup>

**O papel do psiquiatra:** controlar os sintomas apresentados pelos doentes com fibromialgia. A maioria dos doentes apresenta fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas e do humor.<sup>2,3</sup>

**O papel do médico de família:** diagnosticar e tratar a fibromialgia, tendo um papel fundamental no acompanhamento destes doentes, nomeadamente no suporte emocional, ajuste terapêutico ou na referenciação a um especialista quando necessário. Tal pode ocorrer quando o médico de família estiver incerto quanto ao diagnóstico de fibromialgia e não conseguir excluir outras causas reumatológicas (deve referenciar o doente a um reumatologista); os doentes apresentarem um forte componente psiquiátrico (deve referenciar o doente a um psiquiatra); sintomas neurológicos que suscitem dúvidas, tais como alterações cognitivas (deve referenciar o doente a um neurologista) e a dor se mostrar refratária às várias terapias usadas (deve referenciar o doente a um especialista da dor).<sup>1-3, 22, 32</sup>



## Fibromialgia: o estigma

Na nossa sociedade, e por vezes até entre os profissionais de saúde, existe uma hierarquia informal de doenças médicas, em que é dado maior importância a umas em detrimento de outras.<sup>8</sup> As que ocupam lugares inferiores encontram-se frequentemente associadas a estigma, que é o caso da fibromialgia - doença crónica que não pode ser diagnosticada nem tratada através de procedimentos tecnológicos ou invasivos.<sup>8</sup> Para além disso, o médico tende a investir mais em doenças agudas e em que a cura é facilmente atingida, e menos em doenças que sejam crónicas e os tratamentos oferecidos sejam reduzidos ou não tão eficazes.<sup>33</sup> Aliás, a generalidade da sociedade não aceita sequer a fibromialgia como uma verdadeira doença. Tal deve-se, em grande parte, ao desconhecimento acerca do que é a fibromialgia, acreditando-se que seja antes um problema emocional/psicológico.<sup>8,12,33,34</sup> Adicionalmente, não é dado crédito aos sintomas reportados pelos doentes: duvida-se da sua genuinidade e questiona-se se estes não estarão a simular ou a exagerar, colocando em causa o seu carácter e moral. Os doentes confessam que se possuísssem sinais visíveis de doença poderiam alcançar maior credibilidade.<sup>33-35</sup> É neste contexto que surge o conceito de *invalidação* – desconfiança e descrença nos sintomas apresentados pelo doente.<sup>7,32</sup>

O termo estigma advém da existência de estereótipos, preconceito e discriminação sentidos por alguém que possui algo diferente/anormal/errado que é conhecido ou visível para os outros, provocando uma atitude igualmente diferente por parte dos outros. Tem sido demonstrado que o estigma possui uma panóplia de efeitos negativos, não só nos indivíduos que o sofrem (nomeadamente depressão, ansiedade, baixa auto-estima, isolamento e menor satisfação), mas também nas suas interações e atividades, tais como nas relações com o parceiro, familiares, amigos e colegas e na área laboral.<sup>12, 33-35</sup>

Na literatura, a doença mental tem sido a condição médica mais associada a estigma.<sup>33</sup> Num estudo de McInnis *et al.*, foram reportados níveis elevados de estigma face aos doentes com

fibromialgia, resultando no afastamento e indiferença pelos outros, e a atribuição da fibromialgia a problemas psicológicos ou de personalidade. Aliás, neste estudo, estes sentimentos foram inclusive maiores no grupo das pessoas com fibromialgia do que no grupo das pessoas com doença mental.<sup>12</sup> Por outro lado, num estudo de Looper e Kimaye não foram encontrados maiores níveis de estigma nos doentes com fibromialgia em relação aos doentes com artrite reumatóide (doença com sintomas físicos semelhantes), exceto nos doentes com fibromialgia e depressão.<sup>33</sup> Uma explicação dada é o facto de, apesar de ainda não se saber muito sobre a sua etiologia, a fibromialgia já não ser uma doença completamente desconhecida da sociedade e, principalmente, dos profissionais de saúde, começando a ser aceite como uma doença médica. O facto dos doentes com fibromialgia e depressão terem um estigma associado superior aos doentes com artrite reumatóide e depressão poderá dever-se a uma diferente perceção pelo doente deprimido, ou então as outras pessoas passarem a associar os sintomas reportados pelos doentes com fibromialgia a problemas emocionais. Por outro lado, na artrite reumatóide é compreensível o aparecimento de depressão visto que já é uma doença médica validada e bem conhecida.<sup>33</sup>

Concluindo, a falta de consciência sobre a fibromialgia parece ser um ponto fulcral na discriminação, isolamento e estigmatização experienciados pelos doentes, e estas experiências, por sua vez, têm um elevado impacto negativo no bem-estar dos doentes.<sup>8,12,33,34</sup>

### **A perspetiva do doente**

Os doentes com fibromialgia passam por várias emoções durante as diferentes fases da doença que enfrentam - frustração, angústia, confusão, incompreensão e desamparo. Uma das razões para este sofrimento emocional é a dificuldade em chegar a um diagnóstico, de explicar a doença e a sua causa e o que podem fazer no controlo sintomático.<sup>12,33,34</sup> Os sentimentos decorrentes da realização do diagnóstico são díspares: alívio, ambivalência ou reações negativas.<sup>34,36</sup> A posse de um diagnóstico permite ao doente livrar-se do desconhecido e

encontrar apoio e validade para os seus sintomas. Deste modo, o doente não precisará mais de se preocupar acerca do que poderá ter, de duvidar dos seus sintomas e poderá ser corretamente encaminhado e tratado. Neste sentido, o doente não precisará, com tanta frequência, de procurar cuidados médicos e de realizar exames de diagnóstico.<sup>7</sup> No entanto, por outro lado, o doente estará exposto ao estigma adjacente à patologia e a todas as suas consequências. Para além disso, os doentes sentem que a sua identidade se modifica após o diagnóstico, com diminuição progressiva da autoconfiança e sensação de si próprio, principalmente pela imprevisibilidade do curso da doença.<sup>34</sup> Por sua vez, as reações dos familiares e amigos são igualmente díspares - se, por um lado, pode aproximar e amplificar relações já existentes, por outro pode afastar.<sup>8</sup> Por conseguinte, a falta de apoio e incompreensão por parte dos outros poderá, por vezes, levar ao ocultamento da doença por parte dos doentes.<sup>12,34</sup>

Outra das razões para o sofrimento emocional está relacionada com as características da doença. Os sintomas são persistentes, amplos, variáveis, oscilantes, por vezes até intensos e limitantes, afetando a qualidade de vida.<sup>34,36</sup> O facto destes sintomas não se refletirem no exterior leva a que a fibromialgia seja referida frequentemente como “a doença invisível”.<sup>8,35</sup> Vários doentes perdem o emprego devido às limitações impostas pelos sintomas de fibromialgia e encontram-se registados nos serviços de incapacidade. Por um lado, encontram-se agradecidos por esta possibilidade, pois recebem ajuda monetária e funcional, mas por outro, o processo pode ser complicado e pode acarretar uma visão negativa por parte das outras pessoas.<sup>8</sup>

Outro dos problemas sentidos pelos doentes é o facto de não existir uma cura nem um tratamento eficaz a longo prazo, sem efeitos adversos, que devolva por completo a qualidade de vida.<sup>12,33</sup>

A não compreensão da intensidade e da limitação que os sintomas provocam, quer pelos médicos quer pelo familiares e pessoas que os rodeiam, devido à natureza subjetiva dos sintomas e pelo facto de não haver nenhuma característica visível ou exame que o comprove, é outra das razões do sofrimento emocional.<sup>8,11,34,35</sup> Parte significativa dos doentes com fibromialgia sente que a sua doença não é aceite pelos seus companheiros, familiares, amigos, colegas de trabalho e sociedade em geral. Neste sentido, a vida social é um importante aspecto afetado na vida dos doentes, que se pode tornar limitada devido ao isolamento dos doentes.<sup>8,12,34</sup> Tal deve-se não só às experiências de estigma ou outras experiências negativas já vivenciadas e ao medo de as experienciar de novo, mas também aos seus sintomas incapacitantes, tal como a fadiga.<sup>34</sup> Por todos estes aspetos, os doentes com fibromialgia possuem extrema dificuldade em lidar com a sua doença, crescer pessoalmente e manter as suas relações interpessoais.<sup>12</sup>

A entrada no desemprego, a impossibilidade de fazer certas atividades, a não compreensão dos sintomas, o elevado nível de *invalidação* sentido, o impacto negativo nas relações, o isolamento, a exclusão social e o difícil controlo sintomático levam a uma diminuição significativa da qualidade de vida e a um agravamento do estado de saúde, tanto físico como mental, incluindo o aumento da severidade dos sintomas de fibromialgia.<sup>12,32</sup> A validação dos sintomas e dificuldades sentidas pelos doentes com fibromialgia e a confiança nos médicos que os acompanham influenciam favoravelmente a evolução dos sintomas e a qualidade de vida.<sup>32</sup> Num estudo realizado por Ghavidel-Parsa *et al*, apenas os doentes com insuficiência renal crónica possuíam menor qualidade de vida que os doentes com fibromialgia, ficando acima de outras patologias dolorosas.<sup>7</sup>

Em relação aos cuidados de saúde prestados aos doentes com fibromialgia, estes sentem que o componente psicológico e social é ignorado ou desvalorizado pelos médicos, e esperavam mais tempo de consulta e tratamentos mais eficazes.<sup>8</sup> Outro dos pontos negativos, por vezes

apontado pelos doentes, é a falta de informação fornecida pelo médico acerca da doença, o que obriga os pacientes a recorrerem a outras fontes de informação, nomeadamente à *internet* e torna difícil a sua comunicação com familiares, amigos e colegas.<sup>8,35</sup> Adicionalmente, sentem-se insatisfeitos com o tratamento, por duas razões: primeiro, sentem-se preocupados com a possibilidade de se tornarem dependentes da medicação e temem que esta apenas mascare os sintomas e não trate a verdadeira causa; segundo, e principalmente, sentem que o tratamento não é eficaz. Por estas razões, procuram com maior frequência os cuidados de saúde, recorrendo inclusive a diferentes médicos, e alguns até admitem não seguir as indicações recebidas, seguindo antes as suas intuições, tendo já experimentado o uso de terapias alternativas.<sup>8,34,36</sup>

Por tudo isto, torna-se importante que os profissionais de saúde estejam conscientes acerca da existência destas experiências negativas e das suas consequências, com vista a uma melhor compreensão das queixas apresentadas pelo doente e de eventuais problemas ocultos. Deste modo, será dada uma resposta mais adequada a estes doentes.

### **A perspetiva do médico**

Poderá o médico acreditar naquilo que não vê? Por vezes torna-se difícil compreender se o doente nos estará a dizer a verdade, se não estará a exagerar nos seus sintomas e se não terá até segundas intenções. Num estudo realizado por Gervais *et al.*, foi concluído que uma minoria dos doentes exagerava nos seus sintomas.<sup>37</sup> Adicionalmente, num estudo canadiano, 23% dos médicos inquiridos acreditavam que os doentes com fibromialgia estariam a simular ou a exagerar os seus sintomas.<sup>11</sup>

À luz dos novos estudos, a fibromialgia tem sido considerada uma síndrome resultante da hipersensibilidade central à dor, e não um processo de somatização. No entanto, apesar de vários estudos apontarem alterações biológicas na fibromialgia, ainda existe um grupo que não aceita a fibromialgia como uma entidade clínica.<sup>11</sup> Há a vertente de a fibromialgia não

passar de uma doença de somatização, resultado da incapacidade de encontrar uma causa definida, sinais físicos de doença e exames que a expliquem e a comprovem. Como consequência, alguns médicos referenciam estes doentes para psiquiatras ou instigam a procura de apoio psicológico.<sup>33-35</sup> Porém, existem outras doenças também sem exames e sinais físicos que as corroborem mas que são globalmente aceites, como é o caso da enxaqueca e da nevralgia do trigémeo.<sup>11</sup>

Para além disso, pode ser frustrante para um médico tratar um paciente com fibromialgia: mudar várias vezes de terapêutica e experimentar vários fármacos, por vezes sem qualquer sucesso. Realizar o diagnóstico de fibromialgia pode ser também complicado por tudo o que já foi referido anteriormente.<sup>13</sup> Num estudo de Perrot *et al.*, 53% dos médicos inquiridos, numa amostra de 1622, reportaram dificuldades no diagnóstico, tendo sido apontadas como causas a dificuldade dos pacientes em comunicar os seus sintomas e de o médico saber diferenciá-los de outras patologias com sintomas semelhantes e o pouco tempo disponível.<sup>25</sup> No mesmo estudo, 54% consideraram não ter tido preparação adequada, 37% revelaram dificuldades em desenvolver um plano terapêutico e 32% confessaram não serem conhecedores da fibromialgia. Os reumatologistas são os que apresentam menores dificuldades na abordagem dos doentes com fibromialgia, sendo que os médicos de família, seguidos dos psiquiatras, são os que apresentam maiores dificuldades no diagnóstico e tratamento.<sup>25</sup> Estes resultados mostram que, apesar de inúmeros estudos e artigos terem sido publicados nos últimos anos, com descrição da síndrome de fibromialgia e recomendações sobre o seu diagnóstico e tratamento, torna-se necessário desenvolver iniciativas de treino para os médicos. O objetivo seria que estes, especialmente os médicos de família, se sentissem confiantes na abordagem dos doentes com fibromialgia, soubessem comunicar, diagnosticar, criar um plano terapêutico corretamente e referenciar a outros especialistas quando fosse necessário.

## Conclusão

A fibromialgia é uma doença complexa, com diagnóstico difícil e necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Deve ser encarada como um espectro de sintomas físicos e mentais, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes, que se traduz na incapacidade laboral e em elevados custos na Saúde e Segurança Social. Apesar do grande fardo económico, continua sem uma abordagem eficaz, com dificuldades tanto no diagnóstico como no tratamento, e com os doentes insatisfeitos. O tratamento deve incluir educação do doente, terapia cognitivo-comportamental, exercício físico e fármacos para controlo sintomático.

Muitos estudos de investigação têm sido feitos ao longo de vários anos, o que tem proporcionado uma grande evolução na compreensão e tratamento da fibromialgia. Contudo, ainda é preciso levar a cabo mais investigação e com melhor qualidade de forma a atingir os resultados pretendidos – clarificação da etiologia e dos sintomas, consenso no processo de diagnóstico e posse de comprovados tratamentos seguros e eficazes a longo prazo, que restituam a qualidade de vida do doente. Torna-se, por isso, fundamental dar mais atenção a esta patologia, quer para otimizar os custos, quer para se obter uma melhor abordagem e uma resposta mais eficaz a estes doentes. Mais estudos de investigação, com rigor e qualidade, devem ser feitos sobre os possíveis intervenientes na patogenia e seus efeitos e mecanismos, bem como sobre o tratamento, nomeadamente tendo como foco a etiologia da fibromialgia. Outro aspecto interessante a ser estudado é a evolução do estigma, a sua perceção e as suas consequências nos doentes com fibromialgia, à medida que novos conhecimentos são adquiridos sobre a doença e esta é, eventualmente, reconhecida por todos (profissionais de saúde e sociedade) como uma doença médica.

## **Bibliografia**

1. Theoharides TC, Tsilioni I, Arbetman L, Panagiotidou S, Stewart JM, Gleason RM, et al. Fibromyalgia Syndrome in Need of Effective Treatments. *J Pharmacol Exp Ther*. 2015;355(2):255-63.
2. Binkiewicz-Glinska A, Bakula S, Tomczak H, Landowski J, Ruckemann-Dziurdzinska K, Zaborowska-Sapeta K, et al. Fibromyalgia Syndrome - a multidisciplinary approach. *Psychiatr Pol*. 2015;49(4):801-10.
3. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(15):1547-55.
4. Knight T, Schaefer C, Chandran A, Zlateva G, Winkelmann A, Perrot S. Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2013;5:171-80.
5. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(6):448-53.
6. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(5):786-92.
7. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Amir Maafi A, Ghalebagh B. The Iceberg Nature of Fibromyalgia Burden: The Clinical and Economic Aspects. *Korean J Pain*. 2015;28(3):169-76.
8. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:124.
9. Hawkins RA. Fibromyalgia: a clinical update. *J Am Osteopath Assoc*. 2013;113(9):680-9.
10. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(5):680-92.



11. Harth M, Nielson WR. Fibromyalgia and disability adjudication: no simple solutions to a complex problem. *Pain Res Manag*. 2014;19(6):293-9.
12. McInnis OA, McQuaid RJ, Bombay A, Matheson K, Anisman H. Finding benefit in stressful uncertain circumstances: relations to social support and stigma among women with unexplained illnesses. *Stress*. 2015;18(2):169-77.
13. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Mailis A, Shir Y. Adjudication of fibromyalgia syndrome: challenges in the medicolegal arena. *Pain Res Manag*. 2014;19(6):287-92.
14. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138024.
15. Bourke J. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: management issues. *Adv Psychosom Med*. 2015;34:78-91.
16. Diaz-Piedra C, Di Stasi LL, Baldwin CM, Buena-Casal G, Catena A. Sleep disturbances of adult women suffering from fibromyalgia: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev*. 2015;21:86-99.
17. Spaeth M, Rizzi M, Sarzi-Puttini P. Fibromyalgia and sleep. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(2):227-39.
18. Kravitz HM, Katz RS. Fibro fog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatol Int*. 2015;35(7):1115-25.
19. Ambrose KR, Gracely RH, Glass JM. Fibromyalgia dyscognition: concepts and issues. *Reumatismo*. 2012;64(4):206-15.
20. Karper WB, Letvak SA. Fibromyalgia, Fibro Fog, and Exercise. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(4):190-3.
21. Salaffi F, Sarzi-Puttini P. Old and new criteria for the classification and diagnosis of fibromyalgia: comparison and evaluation. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30(6 Suppl 74):3-9.

22. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choiniere M, et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):119-26.
23. Hauser W, Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo*. 2012;64(4):194-205.
24. Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, Buskila D, Amital H, Henningsen P, et al. Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:528952.
25. Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:356.
26. Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, Hauser W. Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:485272.
27. Hauser W, Walitt B, Fitzcharles MA, Sommer C. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):201.
28. Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(9):1347-68.
29. Saad M, de Medeiros R. Complementary therapies for fibromyalgia syndrome -- a rational approach. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(8):354.
30. Lauche R, Cramer H, Hauser W, Dobos G, Langhorst J. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:610615.

31. Terhorst L, Schneider MJ, Kim KH, Gozdich LM, Stille CS. Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011;34(7):483-96.
32. Lobo CP, Pfalzgraf AR, Giannetti V, Kanyongo G. Impact of invalidation and trust in physicians on health outcomes in fibromyalgia patients. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16(5).
33. Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res.* 2004;57(4):373-8.
34. Asbring P, Narvanen AL. Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res.* 2002;12(2):148-60.
35. Armentor JL. Living With a Contested, Stigmatized Illness: Experiences of Managing Relationships Among Women With Fibromyalgia. *Qual Health Res.* 2015.
36. Dennis NL, Larkin M, Derbyshire SW. 'A giant mess'--making sense of complexity in the accounts of people with fibromyalgia. *Br J Health Psychol.* 2013;18(4):763-81.
37. Gervais RO, Russell AS, Green P, Allen LM, 3rd, Ferrari R, Pieschl SD. Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *J Rheumatol.* 2001;28(8):1892-9

## Tabelas

<b>Critérios de diagnóstico de fibromialgia (<i>American College of Rheumatology 2011</i>)</b>	<b>Pontos</b>
<b>1.</b> Dor ou hipersensibilidade dolorosa nos últimos 7 dias em 19 partes do corpo: perna, coxa, anca, braço, antebraço, ombro e maxilar esquerdos e direitos, e abdómen, peito, pescoço, coluna cervical e coluna lombar.	0-19
<b>2.</b> Avaliação em 4 classes de severidade os seguintes sintomas nos últimos 7 dias: fadiga, cansaço ao acordar e alterações cognitivas (memória ou raciocínio) + presença nos últimos 6 meses dos seguintes sintomas: dor ou câibras no hipogastro (síndrome do cólon irritável), alterações no humor e cefaleias;	0-12
<b>3.</b> Presença dos sintomas com a mesma intensidade nos últimos 3 meses	-
<b>4.</b> Ausência de outras patologias que expliquem os sintomas.	-

**Tabela 1** - O diagnóstico de fibromialgia pode ser feito se, num total de 31 pontos, forem atingidos pelo menos 13 pontos (inclusive). Os últimos 2 pontos são critérios adicionais, não contabilizando para o *score*.

<b>Opções terapêuticas não farmacológicas</b>
<b>Educação</b> - deve incidir na explicação sobre a doença e expectativas sobre o tratamento, na importância do sono reparador, do exercício físico, da redução do stresse e na participação ativa do doente em todo o processo.
<b>Terapia cognitivo-comportamental</b> - melhora a capacidade de lidar com o stresse e eventos desestabilizadores.
<b>Exercício físico</b> - reduz a intensidade da dor, a rigidez, a ansiedade e melhora o humor. Poderá ocorrer um agravamento dos sintomas se o exercício for iniciado e praticado de forma inadequada, pelo que é aconselhada a sua introdução de forma progressiva, sendo o primeiro passo aumentar o grau de atividade diária através de atividades simples, antes de iniciar propriamente uma atividade física.

**Tabela 2** – Opções terapêuticas não farmacológicas aprovadas no tratamento da fibromialgia.

<b>Fármacos</b>	<b>Efeitos</b>	<b>Comentários</b>
<b>Antidepressivos</b>	Diminuição da dor e da fadiga e melhoria do humor depressivo e dos distúrbios de sono	Devem ser a primeira linha de tratamento quando coexistem perturbações do humor.
Tricíclicos: -Amitriptilina		É recomendada a sua toma à noite devido ao seu efeito sedativo.
SNRI: -Duloxetina -Milnacipran -Venlafaxina		Melhor tolerância que os tricíclicos.
SSRIs: -Fluoxetina -Paroxetina -Sertralina		Bem tolerados, mas com menor eficácia na redução da dor.
<b>Ciclobenzaprina</b>	Relaxante muscular, diminuição da dor, fadiga e melhoria da depressão e qualidade do sono	É recomendada a toma à noite.
<b>Antiepilépticos</b> -Pregabalina -Gabapentina	Diminuição da dor e melhoria do sono	Bem tolerados, sugerindo-se a toma ao final do dia.
<b>AINEs</b> -Paracetamol -Ibuprofeno -Naproxeno	Inibição dos <i>triggers</i> da dor	Mostraram benefícios na diminuição da dor quando usados conjuntamente com os antidepressivos ou anticonvulsionantes (contudo é de referir que podem diminuir o efeito antidepressivo dos SSRIs). São recomendados apenas em doentes com outras patologias (ex: artrite).

**Tabela 3** – Terapêutica farmacológica sugerida no tratamento da fibromialgia, com inclusão dos seus efeitos e um pequeno comentário. Os fármacos aprovados consensualmente no tratamento da fibromialgia possuem recomendações quanto às suas doses.

<b>Terapias alternativas e complementares</b>
Balneoterapia e hidroterapia
Acupuntura
Terapias manuais (massagens e quiroprática)
Magnetoterapia
Ultrassons
Ondas de choque extracorporais
Laserterapia
Crioterapia
<i>Biofeedback</i>
Técnicas de relaxamento: <i>Qigong, Tai-chi, Yoga</i> , meditação
Hipnose
Suplementos: Coenzima Q10, L-carnitina, luteolina, flavonóides

**Tabela 4** – Terapias alternativas e complementares sugeridas no tratamento da fibromialgia.



## Agradecimentos

Agradeço à Dra. Adelaide Costa, pela sua orientação e ensinamentos.

Aos meus pais e irmã por todo o amor e apoio incondicionais. À minha mãe pela sua grande força em todos os momentos.

Ao meu namorado pelo apoio e ajuda constantes e por me fazer acreditar em todos os meus sonhos.

Aos meus amigos que me acompanharam ao longo destes seis anos, cheios de momentos inesquecíveis, ensinamentos e conquistas. À Carolina pela sua amizade, infinita paciência, disponibilidade e ajuda em todos os momentos. À Joana por toda a paciência que me ensinou a ter e por todas as aventuras e almoços memoráveis. À Lália e à Anita também por todos os momentos partilhados. À Inês pela ajuda e por todo o apoio e força transmitidos. À Tatiana pela amizade de longa data. E ao Xico por me ter introduzido ao mundo do *Endnote*.

## Anexos

## INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A Revista Brasileira de Reumatologia (RBR), órgão oficial da Sociedade Brasileira de Reumatologia, foi fundada em 1957 e é publicada bimestralmente. A revista publica artigos originais, artigos de revisão, comunicações breves, relatos de casos e cartas aos editores.

O manuscrito deve ser submetido *online* através do site <http://ees.elsevier.com/bjr>.

### Apresentação do manuscrito

O manuscrito pode ser submetido em português ou inglês, em espaço duplo, com margens de 2,5 cm. No texto não devem ser empregadas abreviaturas não convencionais, gírias (jargões) médicas ou redação tipo telegráfica. A citação de medicamentos e produtos farmacêuticos deve ser feita utilizando-se apenas a nomenclatura farmacológica, sem menção do nome comercial.

### Estrutura do manuscrito

*Manuscript\**, *Title Page\**, *Cover Letter* e *Author Agreement\** devem ser enviados em arquivos individuais. Tabelas e figuras devem ser numeradas conforme citadas no texto e enviadas em arquivos separados, com títulos e legendas correspondentes. (\*arquivos obrigatórios)

#### Página do título

Deve conter: a) título do artigo; b) nome completo dos autores e sua titulação mais importante; c) departamento(s) e instituição(ões) onde se originou o trabalho; d) nome, endereço completo e e-mail válido do autor responsável para correspondência; e) conflito de interesse e agências financiadoras relevantes; f) título resumido com no máximo 60 caracteres.

#### Author Agreement

É o documento no qual os autores declaram a originalidade do manuscrito, além de aprovarem o artigo objeto da submissão, a autoria e a ordem da lista de autores. Deve ser assinado por todos os autores. A seguir é apresentado um modelo.

Caro Editor,

Os autores, abaixo assinados, declaram que este manuscrito é original, não foi publicado antes e não se encontra submetido para qualquer outra publicação.

Gostaríamos de pedir a atenção do Editor para a presente publicação de nós autores, referente a aspectos do presente manuscrito submetido.

Confirmamos que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores signatários e que não há nenhum outro autor a fazer parte senão os listados. Confirmamos também que a ordem dos autores listada no manuscrito foi aprovada por todos.

Entendemos que o Autor para Correspondência será o único contato para o processo editorial. Ele será o único responsável pela comunicação com os demais autores acerca do progresso da submissão, da revisão do manuscrito e de sua aprovação final.

(Assinatura de todos os autores)

### Artigo Original

Deve conter: página do título, página de resumo com palavras-chave, introdução, material e métodos ou pacientes e métodos, resultados e discussão, agradecimentos, referências, tabelas, figuras e legendas das figuras. Não deve exceder 5.000 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até seis figuras ou tabelas e até 50 referências.

#### Página de resumo

Deve conter: a) objetivo, métodos, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras; b) três a cinco palavras-chave.

#### Introdução

A finalidade dessa seção é definir o propósito e as razões para a realização do trabalho. Não se recomenda extensa revisão da literatura.

#### Pacientes e métodos ou Material e métodos

Deve incluir informações suficientes que permitam a reprodução do trabalho e, quando pertinente, a aprovação pelo Comitê de Ética institucional. Os métodos empregados na análise estatística devem sempre ser citados.

### Resultados

Devem ser claros e concisos. Tabelas e gráficos não devem duplicar informações.

### Discussão

Deve ser concisa, interpretando os resultados no contexto da literatura atual. É conveniente não ultrapassar a metade do número de páginas do trabalho completo.

### Agradecimentos

Apenas às pessoas que contribuíram, por exemplo, com técnicas, discussão e envio de pacientes. Auxílio financeiro deve ser referido na página do título.

### Referências

Devem ser citadas no texto em algarismos arábicos, sobrescritos e depois da pontuação, sem parênteses ou colchetes. A numeração deve ser sequencial, de acordo com a ordem de citação no texto. Nas referências com mais de seis autores, devem ser citados os seis primeiros, seguidos pela expressão *et al.* Sugere-se a utilização dos programas Reference Manager ou Endnote, seguindo-se o estilo Vancouver. Exemplos de referência para diferentes formatos são apresentados a seguir. Os autores devem consultar o NLM's Citing Medicine para mais informações sobre os formatos das referências.

#### Artigo de revista

1. Rivero MG, Salvatore AJ, Gomez-Puerta JA, Mascaro JM, Jr., Canete JD, Munoz-Gomez J *et al.* Accelerated nodulosis during methotrexate therapy in a patient with systemic lupus erythematosus and Jaccoud's arthropathy. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43(12):1587-8.

#### Artigo extraído de endereço eletrônico

2. Cardozo JB, Andrade DMS, Santiago MB. The use of bisphosphonate in the treatment of avascular necrosis: a systematic review. *Clin Rheumatol* 2008. Available from: <http://www.springerlink.com.w10069.dotlib.com.br/content/105j4j3332041225/fulltext.pdf>. [Accessed in February 24, 2008].

#### Livro

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

### Tabelas e Figuras

Cada tabela ou figura deverá ser numerada em algarismo arábico e enviada em arquivo separado (.jpg, .tif, .png, .xls, .doc) com 300 dpi no mínimo. Título e legenda devem estar no mesmo arquivo da figura ou tabela a que se referem. Tabelas e ilustrações devem ser autoexplicativas, com informações suficientes para sua compreensão sem que se tenha de recorrer ao trabalho. Fotomicrografias devem incluir a escala apropriada.

### Artigo de Revisão

Revisões, preferencialmente sistemáticas, podem ser submetidas à RBR, devendo abordar com profundidade um tema de interesse para o reumatologista. Não apresentam estruturação padronizada, prescindindo de introdução ou discussão. Devem apresentar resumo sem subdivisões, com três a cinco palavras-chave, e não devem exceder 6.000 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Podem exibir até cinco figuras ou tabelas e até 70 referências.

### Relato de Caso

Deve incluir resumo e palavras-chave, sem necessidade de subdivisões. O texto, porém, apresenta as seguintes seções: introdução, que deve ser concisa; relato de caso, contendo a descrição e a evolução do quadro clínico, exames laboratoriais, ilustrações e tabelas (que substituem as seções material e métodos e resultados); e discussão. Deve conter no máximo seis autores, e não deve exceder 1.500 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até duas figuras ou tabelas e até 15 referências.

### Comunicação breve

Aborda um ponto ou detalhe específico de um tema. Deve incluir resumo com no máximo 250 palavras, e três a cinco palavras-chave. O texto não necessita subdivisões, deve ter até 2.500 palavras incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até três figuras ou tabelas e até 25 referências.

## Regras para aplicar tempos verbais apropriados de acordo com o contexto ou seção

Contexto ou seção	Tempo verbal apropriado
Resumo	Passado
Introdução	Presente, quando se referir a fatos estabelecidos e conhecimento prévio
Métodos, materiais e resultados	Passado
Discussão/Conclusão	Combinado de passado (quando se referir a resultados obtidos no trabalho) e presente (quando se referir a fatos estabelecidos e conhecimento prévio); às vezes pode ser utilizado o futuro (especialmente quando se referir a perspectivas de trabalhos a serem realizados)
Atribuições	Passado Ex.: Andrade <i>et al.</i> relataram...
Descrição de Tabelas e Figuras	Presente
Conhecimento estabelecido e resultados prévios	Presente

## Regras gerais para se obter uma boa escrita em um artigo científico:

1. Prefira a voz ativa.
2. As sentenças devem ser curtas, claras e objetivas.
3. A unidade de medida deve ser abreviada quando empregada com valores numéricos (p. ex., 1 mg), mas escrita por extenso quando separada de valor numérico. Utilize o Sistema Internacional de Unidades (*SI units*) para definir as unidades de medida. Lembre-se de deixar um espaço entre o número e a unidade (p. ex., 10 mg/dL), exceto quando for porcentagem, que deve estar junto (p. ex., 70%). O plural das unidades de medida é a mesma forma do singular (p. ex., 1 mL, 10 mL; 1 h, 10 h). Quando iniciarem a frase, os números devem estar por extenso, e não em algarismo arábico.
4. Defina a abreviação na primeira vez que aparecer no texto principal. Após a definição, use sempre a abreviação em vez da forma por extenso. Evite o uso de abreviações no título e no resumo.
5. Ao escrever em inglês, não utilize contrações (p. ex., prefira *does not* em vez de *doesn't*).

Livro recomendado: Rogers SM. *Mastering scientific and medical writing: a self-help guide*. Berlin: Springer; 2007.

## Considerações éticas e legais

A RBR segue as normas da *Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals* desenvolvidas pelo *The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* – fevereiro de 2006.

## Conflito de interesse

A confiança pública no processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, a revisão por pares e a decisão editorial. O conflito de interesse existe quando um autor (ou instituição do autor), revisor ou editor tem relações financeiras ou pessoais que influenciem de forma inadequada (viés) suas ações (tais relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses conflitantes ou fidelidades conflitantes). Essas relações variam entre aquelas com potencial insignificante até as com grande potencial para influenciar o julgamento, e nem todas as relações representam verdadeiro conflito de interesse. O potencial conflito de interesse pode

existir dependendo se o indivíduo acredita ou não que a relação afete seu julgamento científico. Relações financeiras (tais como emprego, consultorias, posse de ações, testemunho de especialista pago) são os conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e os mais suscetíveis de minar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. No entanto, podem ocorrer conflitos por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

## Consentimento informado

Os pacientes têm o direito à privacidade, que não deve ser infringida sem o consentimento informado. A identificação de informações, incluindo os nomes dos pacientes, iniciais ou números no hospital, não devem ser publicadas em descrições, fotografias e genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou responsável) dê o consentimento livre e esclarecido para a publicação.

O consentimento informado para este propósito requer que o manuscrito a ser publicado seja mostrado ao paciente. Os autores devem identificar os indivíduos que prestam assistência a escrever e divulgar a fonte de financiamento para essa assistência. Detalhes identificadores devem ser omitidos se não são essenciais.

O anonimato completo é difícil de se conseguir; no entanto, no caso de qualquer dúvida, o consentimento deve ser obtido. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção de anonimato inadequada. Se as características de identificação são alteradas para proteger o anonimato, como na linhagem genética, os autores devem garantir que as alterações não distorçam o significado científico. Quando o consentimento informado foi obtido, ele deve ser indicado no artigo publicado.

## Princípios éticos

Ao relatar experimentos em seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1975, revisado em 2000. Se houver dúvida se a pesquisa foi realizada em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar a razão para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional aprovou explicitamente os aspectos duvidosos do estudo. Ao relatar experimentos com animais, os autores devem indicar se as orientações institucionais e nacionais para o cuidado e a utilização de animais de laboratório foram seguidas.

## Registro de ensaios clínicos

Os ensaios clínicos devem ser registrados segundo recomendação da OMS em [www.who.int/ictrp/en/](http://www.who.int/ictrp/en/). A definição de ensaios clínicos incluem ensaios preliminares (fase I): um estudo prospectivo com o recrutamento de indivíduos submetidos a qualquer intervenção relacionada à saúde (medicamentos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, terapias comportamentais, regime alimentar, mudanças nos cuidados de saúde) para avaliar os efeitos em desfechos clínicos (qualquer parâmetro biomédico e de saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e reações adversas).

A RBR tem o direito de não publicar trabalhos que não cumpram estas e outras normas legais e éticas explicitadas nas diretrizes internacionais.

## Financiamento e apoio

Os autores devem, também, informar se receberam financiamento ou apoio de instituições como CNPq, CAPES, Fundos Remanescentes da SBR, instituições universitárias, laboratórios etc.